第34回日本リウマチ学会関東支部学術集会

臨床研修医 証明書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 参加者氏名 |  |
| 所属先 | 〒 |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　　　　メール：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記の者が当施設に在籍し、臨床研修医であることを証明する2024年　　　　月　　　　日＜証明者＞氏名：　　　　　　　　　　　　　　所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職：　　　　　　　　　　　　　　　 |